

Desafios e oportunidades da governança em saúde: um estudo de caso em um município de pequeno porte

Challenges and opportunities of health governance: a case study in a small municipality

Desafíos y oportunidades de la gobernanza en salud: un estudio de caso en un municipio pequeño

João Eduardo Linhares (<https://orcid.org/0000-0003-0260-9090>)¹

Gilson Ditzel Santos (<https://orcid.org/0000-0002-7839-2281>)¹

Marcelo Junior dos Santos (<https://orcid.org/0009-0003-1712-2987>)¹

Resumo Este estudo aborda a importância da governança na perspectiva das cidades inteligentes e sustentáveis, bem como a criação de valor público para os cidadãos. O estudo demonstrou as dinâmicas da governança em saúde através de suas características e ferramentas, em São Lourenço do Oeste (SC), um município de pequeno porte no sul do Brasil. O caso em estudo envolveu importantes arranjos de governança, como a pactuação interestadual em saúde para atendimento dos munícipes no Sistema Único de Saúde, e a participação do município em consórcios intermunicipais de saúde. Utilizando entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo foram associadas categorias teóricas e empíricas, demonstrando como a gestão de saúde pode contribuir para a criar valor público e oferecer qualidade de vida aos cidadãos. A governança de saúde em São Lourenço do Oeste abrange várias abordagens, incluindo governança inteligente, baseada em dados, urbana, regional e tecnocrática. No entanto, para uma governança sociotécnica e centrada no cidadão, ainda são necessárias ações adicionais. Avançar com abordagens experimentais e envolver os cidadãos em arranjos tecnológicos pode centralizar o cidadão na governança, melhorando decisões e políticas para elevar a qualidade de vida.

Palavras-chave Governança em saúde, Cidades pequenas, Consórcio de saúde, Setor público, Sistema Único de Saúde

Abstract This study addresses the importance of governance from the perspective of smart and sustainable cities, as well as the creation of public value for citizens. The study demonstrated the dynamics of health governance through its characteristics and tools in São Lourenço do Oeste (SC), a small municipality in southern Brazil. The case study involved important governance arrangements, such as interstate health agreements for the care of citizens in the Unified Health System, and the municipality's participation in intermunicipal health consortia. Using semi-structured interviews and content analysis, theoretical and empirical categories were associated, demonstrating how health management can contribute to creating public value and offering quality of life to citizens. Health governance in São Lourenço do Oeste encompasses several approaches, including smart, data-driven, urban, regional, and technocratic governance. However, for sociotechnical and citizen-centered governance, additional actions are still needed. Advancing with experimental approaches and involving citizens in technological arrangements can centralize citizens in governance, improving decisions and policies to raise quality of life.

Keywords Health governance, Small cities, Health consortium, Public sector, Unified Health System

Resumen Este estudio aborda la importancia de la gobernanza desde la perspectiva de ciudades inteligentes y sostenibles, así como la creación de valor público para los ciudadanos. El estudio demostró la dinámica de la gobernanza de la salud a través de sus características y herramientas, en São Lourenço do Oeste (SC), un pequeño municipio del sur de Brasil. El caso bajo estudio involucró importantes acuerdos de gobernanza, como el acuerdo interestatal de salud para atender a los ciudadanos en el Sistema Único de Salud y la participación del municipio en consorcios intermunicipales de salud. Mediante entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido, se asociaron categorías teóricas y empíricas, demostrando cómo la gestión en salud puede contribuir a la creación de valor público y a ofrecer calidad de vida a los ciudadanos. La gobernanza sanitaria en São Lourenço do Oeste abarca varios enfoques, incluida la gobernanza inteligente, basada en datos, urbana, regional y tecnocrática. Sin embargo, para una gobernanza sociotécnica y centrada en los ciudadanos, aún son necesarias acciones. Promover enfoques experimentales e involucrar a los ciudadanos en acuerdos tecnológicos puede centrar a los ciudadanos en la gobernanza, mejorando las decisiones y políticas para elevar la calidad de vida.

Palabras clave Gobernanza en salud, Ciudades pequeñas, Consorcio de salud, Sector público, Sistema Único de Salud

¹ Universidade Tecnológica Federal do Paraná.
Av. Sete de Setembro, 3165
- Rebouças. 80230-901
Curitiba PR Brasil.
jelinhares@gmail.com

Introdução

A governança desempenha um papel crucial nas cidades inteligentes. Alguns autores a definem como uma dimensão da cidade inteligente¹, enquanto outros focam na governança inteligente como um processo ou resultado². As tecnologias da informação e comunicação (TIC) permitem inovações na governança, envolvendo cidadãos na coprodução de serviços públicos, caracterizando uma governança inteligente³.

A governança inteligente abrange serviços públicos, vida política e desempenho governamental, exigindo transformação e inovação nos processos de decisão⁴⁻⁵. Além disso, envolve colaboração, tecnologia e participação dos cidadãos, para tornar as cidades inteligentes e humanas⁴⁻⁶⁻⁷. A governança inteligente utiliza recursos internos e externos, arranjos institucionais e processos colaborativos para criar valor público e qualidade de vida nas cidades inteligentes⁸.

Vale destacar que arranjos institucionais e estruturas de governança são termos equivalentes, que definem regras para cooperação ou competição entre agentes econômicos⁹. Nas cidades inteligentes, a governança envolve uma rede liderada por governos locais para criar ambientes urbanos participativos e informativos, visando valor público e qualidade de vida¹⁰. A estrutura de governança pode variar em compartilhamento entre Estado, mercado e sociedade civil, podendo ser autoritária, competitiva ou cooperativa, além de mais ou menos formal¹¹⁻¹².

Dentro do contexto das políticas públicas de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), se caracteriza como ferramenta de governança intergovernamental, formado pelo governo federal, estados e municípios e tem contribuído para a melhoria de rede de atenção em saúde no Brasil. Os consórcios públicos, por sua vez, são uma espécie de governança executiva, em que municípios se unem por meio de um consórcio para atender as demandas da saúde¹³, destacando-se como prática institucional para o exercício da governança territorial¹⁴. Um dos meios de fortalecimento dos consórcios intermunicipais é através da regionalização em saúde, que tem sido uma diretriz importante nas estratégias de descentralização do cuidado à saúde no Brasil desde a década de 1980¹⁵.

Na busca por modelos de governança que sejam capazes de criar valor público em cidades

inteligentes e sustentáveis⁸, este estudo objetivou identificar as características e as ferramentas de governança de um município de pequeno porte, abrangendo as políticas públicas de saúde. Pesquisas sobre governança em saúde, em cidades inteligentes e sustentáveis ainda são escassas, principalmente em municípios pequenos. Este estudo preenche essa lacuna, analisando características e abordagens de governança para guiar os municípios na consolidação da governança em saúde.

Métodos

Este estudo considerou um trabalho pretérito, que desenvolveu uma revisão sistemática de literatura (RSL)⁸, que permitiu identificar oito modelos de governança e suas características: governança inteligente, centrada no cidadão, baseada em dados, urbana, urbana inteligente, regional, sociotécnica e tecnocrática. Os achados da RSL⁸ também resultaram em cinco categorias teóricas: ambiente e desafios, governança, governança regional, valor público e tecnologias da informação e comunicação (TIC).

Esta pesquisa se caracteriza por um estudo de caso, de cunho descritivo e com abordagem qualitativa, que objetivou analisar as características de governança e as ferramentas de governança^{12,16}, especialmente no uso das TIC¹⁷⁻¹⁸ na gestão da saúde de um município de pequeno porte no sul do Brasil.

Para coleta de dados foram utilizadas entrevistas individuais semiestruturadas, realizadas com gestores da saúde e usuários. A abordagem qualitativa oferece flexibilidade nas perguntas e permite capturar a complexidade do contexto e a perspectiva dos indivíduos¹⁹.

A seleção do caso teve como principal critério a realização do estudo em um município de pequeno porte, em um país em desenvolvimento (São Lourenço do Oeste, em Santa Catarina, Brasil), a fim de explorar diferentes estruturas de governança e de avaliar contextos regionais. O critério de conveniência também foi utilizado, devido à experiência dos autores no governo do município, que proporcionou um profundo conhecimento das estruturas de governança.

Estudo de caso

Situado no noroeste de Santa Catarina, São Lourenço do Oeste possui cerca de 24.774 pessoas (IBGE, 2022). Com um Produto Interno Bruto de aproximadamente R\$ 1.112.706,31 (em 2019), posiciona-se como a 48ª economia entre os 295 municípios de Santa Catarina. A economia local é, majoritariamente, voltada para a indústria, sobretudo no setor alimentício, e cerca de 85% da população reside na área urbana. O município desempenha um papel relevante na região, abrigando diversas instituições como a AMNoroeste (Associação de Municípios do Noroeste de Santa Catarina), e fazendo fronteira com o Paraná, ao norte.

São Lourenço do Oeste integrou o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina (CIS-AMOSC) em 1998, sediado em Chapecó, aumentando a prestação de serviços de saúde²⁰. No entanto, a distância de cerca de 100km gerou desafios para transporte de pacientes e espera por atendimento²¹. Em 2008, diálogos entre autoridades estaduais e municipais levaram à pactuação da saúde entre Santa Catarina e Paraná, permitindo que cidadãos catarinenses fossem atendidos em Pato Branco²²⁻²³, no Paraná, há 30km de São Lourenço do Oeste. O município ingressou no Consórcio Intermunicipal de Saúde dos municípios do Sudoeste do Paraná (CONIMS), formando uma governança territorial formal, beneficiando regiões dos dois estados.

A implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, inaugurada em 2020, também contribuiu para a saúde na região. A UPA atende uma população de nove municípios no noroeste catarinense, oferecendo serviços intermediários entre a unidade básica de saúde e o atendimento hospitalar, reduzindo as distâncias para o atendimento e o fortalecendo da rede de urgência e emergência²¹.

Coleta e análise dos dados

Usando os dados das entrevistas e a pesquisa documental, as características de governança em São Lourenço do Oeste foram identificadas e associadas aos modelos encontrados na literatura⁸. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com dois grupos de entrevistados, por meio de amostra intencional. No primeiro grupo, foram incluídos os gestores, sendo um representante do governo municipal de São Lourenço do Oeste, outro gestor representando

a Secretaria de Saúde, e um terceiro gestor do setor de tecnologia da informação da Secretaria de Saúde. Vale destacar que foram selecionados gestores de três níveis da estrutura organizacional: um do nível estratégico, outro do nível tático e um do nível operacional. O segundo grupo, por sua vez, foi composto por entrevistados representantes dos usuários do sistema de saúde, tendo sido convidados para a pesquisa integrantes do Conselho Municipal de Saúde. Dos oito representantes de entidades de usuários presentes no conselho, três usuários aceitaram o convite para participar da pesquisa. Os participantes receberam informações sobre a pesquisa e seguiram protocolos éticos (Processo nº CAAE: 68326823.9.0000.0177). As entrevistas individuais foram realizadas no segundo trimestre de 2023, e duraram de 40min a 1h30min, conforme disponibilidade dos participantes. A identificação dos respondentes na apresentação dos resultados foi por codificação, visando assegurar o sigilo: G1, G2 e G3 para os gestores; U1, U2 e U3 para os usuários. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, tendo sido transcritas com o auxílio da plataforma Pinpoint, do Google, e revisadas pelo pesquisador.

Análise de conteúdo

A pesquisa adotou o método de análise de conteúdo, uma abordagem qualitativa que visa extrair significados e padrões dos materiais analisados. O processo envolve etapas como pré-análise - para organizar dados-, exploração - para identificar temas e tratamento para interpretar resultados²⁴. Utilizou-se o software ATLAS.ti, versão 23, para o processo de análise. As categorias teóricas foram usadas na fase inicial de pré-análise dos dados. A seguir, as transcrições das entrevistas foram exploradas, resultando na criação de unidades de contexto (chamadas de 'citações') e unidades de registro (chamadas de 'códigos') através de temas e de palavras-chave relevantes²⁴⁻²⁵.

Posteriormente, as entrevistas foram lidas e as unidades de registro e contexto revisadas. Os códigos foram agrupados em categorias empíricas para uma visão organizada dos dados, tendo sido identificados 46 códigos e 312 citações, divididas entre gestores e usuários. Como resultado, foram estabelecidas categorias empíricas: Acesso à Saúde, Atenção em Saúde, Gestão Pública, Participação Cidadã, Questões Sociais e Qualidade de Vida, Regionalização e Tecnologia. A Tabela 1 demonstra as unidades

de registro (códigos), associadas em categorias empíricas, e sua relação frente às categorias teóricas. Finalmente, os resultados foram tratados, inferidos e interpretados.

Resultados e discussão

No contexto da governança, é crucial compreender as interações e a dinâmica dos arranjos institucionais, explorando como eles impactam o município. A partir das percepções coletadas pelas entrevistas de gestores e usuários, foi possível examinar as características fundamentais que permeiam as dinâmicas de governança na saúde pública de São Lourenço do Oeste, sob o ponto de vista da gestão e dos cidadãos, avaliando os resultados e a sua contribuição para criar valor público.

Na Tabela 2, as sete categorias empíricas foram apresentadas, juntamente, com o número de citações, que representa a quantidade de vezes que as unidades de registro aparecem nas unidades de contexto. Essas citações foram classificadas de acordo com os grupos de entrevistados: os gestores e os usuários.

De acordo com a Tabela 2, Atenção em Saúde foi o assunto mais presente nas entrevistas, seguido por Gestão Pública e Acesso à Saúde. Para os gestores, Atenção em Saúde se destacou, seguido por Tecnologia e Gestão Pública em terceiro. No grupo usuários, Acesso à Saúde foi o principal tema, seguido por Questões Sociais e Qualidade de Vida e Participação Cidadã.

Utilizando a análise de co-ocorrência de códigos, no ATLAS.ti, foi possível visualizar os temas dominantes presentes nas entrevistas. Para isso, os dados foram extraídos considerando os grupos de respostas dos gestores e usuários, gerando assim o Diagrama de Sankey apresentado no Gráfico 1.

Através do diagrama, identificou-se que as categorias empíricas Atenção em Saúde, Gestão Pública, Regionalização e Tecnologia têm sua origem, predominantemente, no grupo gestores, enquanto o grupo de usuários foi responsável por influenciar as categorias: Acesso à Saúde, à Participação Cidadã e às Questões Sociais e à Qualidade de Vida.

É importante ressaltar que uma mesma unidade de contexto (citação) pode estar relacionada a mais de uma unidade de registro (códigos). Assim, embora haja uma quantificação dos códigos, pode haver sobreposição de uma mesma citação em mais de um código. Vale destacar também que as citações, por vezes, necessita-

ram de trechos de contextualização, que foram inseridos entre colchetes. O Quadro 1 apresenta uma síntese dos principais resultados, destacando as categorias teóricas e empíricas, bem como os assuntos e alguns exemplos de unidades de contexto.

Categoria: Ambiente e Desafios

Na categoria teórica Ambiente e Desafios, as características de governança identificadas foram: ambiente complexo e em rápida mudança; desafios e problemas urbanos; e todos os problemas da cidade podem ser mensurados, monitorados.

A complexidade da saúde, com diversos atores e informações, representando um desafio para a governança. É importante adotar uma abordagem inteligente para soluções sustentáveis, especialmente em municípios pequenos²⁶. A maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte, com dependência de financiamento, o que faz com que a governança inteligente seja ainda mais vital²⁷.

Na análise empírica, na categoria Acesso à Saúde foram explorados temas como acesso ao sistema, críticas, dificuldades de acesso, filas e interesse político. Foram identificadas várias dificuldades, incluindo a complexidade do SUS, falta de recursos financeiros, humanização do atendimento, escassez de profissionais, filas de espera e tratamento fora do domicílio. Municípios pequenos enfrentam desafios devido a fatores como economia de escala e baixa arrecadação, devem avaliar sua capacidade de gestão e priorizar a atenção primária²⁸.

O impacto do interesse político foi apontado como desafio, envolvendo a falta de profissionalização na gestão e o favorecimento político na ocupação de cargos públicos. Neste sentido, a falta de qualificação técnica e a influência do interesse político, compromete as decisões embasadas em critérios técnicos e enfraquece a coalizão política e partidária em apoio ao sistema de saúde²⁶⁻²⁹⁻³⁰.

A governança na saúde pública, portanto, enfrenta desafios e obstáculos que afetam o acesso aos serviços e a efetividade das políticas de saúde. É preciso fortalecer a capacidade técnica, promover uma gestão baseada em evidências e garantir a participação cidadã no processo de tomada de decisão para avançar rumo a um sistema de saúde mais equitativo, eficiente e sustentável.

Tabela 1. Categorias teóricas, categorias empíricas e unidades de registro.

CATEGORIAS TEÓRICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS	UNIDADES DE REGISTRO	TOTAL	GESTORES	USUÁRIOS
AMBIENTE, DESAFIOS E PROBLEMAS			46	11	35
	Acesso à saúde		46	11	35
		Acesso ao sistema de saúde	10	4	6
		Crítica ao sistema de saúde	4	2	2
		Dificuldades de acesso aos serviços de saúde	12	2	10
		Fila de espera	4	2	2
		Interesse político	20	2	18
GOVERNANÇA			90	40	50
	Gestão pública		52	31	21
		Burocracia	3	2	1
		Critérios para selecionar gestores	4	2	2
		Eficiência e efetividade dos serviços	11	3	8
		Estrutura organizacional complexa	13	8	5
		Monitoramento de resultados	4	4	0
		Planejamento	6	5	1
		Recursos Financeiros	16	14	2
		Recursos humanos	10	4	6
	Participação cidadã		38	9	29
		Colaboração	3	0	3
		Conselho	22	7	15
		Frustração com a falta de participação	5	0	5
		Participação dos usuários	10	3	7
		Tomada de decisão	5	3	2
		Transparência	6	1	5
GOVERNANÇA REGIONAL			36	21	15
	Regionalização		36	21	15
		Atores	25	17	8
		Barreiras geográficas	2	1	1
		Diferença regional	2	2	0
		Governança Regional	23	14	9
		Limitações de poder e autonomia	1	1	0
		Territórios	6	3	3
TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO			39	32	7
	Tecnologia		39	32	7
		Ferramentas TIC	8	8	0
		Gestão de dados	10	9	1
		Política pública baseada em evidências	13	10	3
		Sistemas de Saúde	11	9	2

continua

Tabela 1. Categorias teóricas, categorias empíricas e unidades de registro.

CATEGORIAS TEÓRICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS	UNIDADES DE REGISTRO	TOTAL	GESTORES	USUÁRIOS
VALOR PÚBLICO			101	43	58
	Atenção em saúde		64	36	28
		Atenção primária	7	5	2
		Atendimento ao paciente	15	9	6
		Complexidade da saúde	11	4	7
		Infraestrutura de saúde	17	10	7
		Qualidade e humanização do atendimento	8	1	7
		Sistema Único de Saúde SUS	27	20	7
		Utilização de planos de saúde privados	4	0	4
	Questões sociais e qualidade de vida		37	7	30
		Assistencialismo	6	1	5
		Culpa compartilhada e má utilização do sistema	5	0	5
		Desigualdade social	6	1	5
		Desinformação	2	0	2
		Direitos do paciente e justiça social	9	0	9
		Inclusão de imigrantes	3	0	3
		Planejamento familiar	2	2	0
		Políticas públicas em saúde	14	2	12
		Senso crítico	9	2	7
TOTAL			312	147	165

Fonte: Elaborada pelos Autores (2023).

Tabela 2. Categorias empíricas e o número de citações registradas nas entrevistas.

CATEGORIAS EMPÍRICAS	NÚMERO DE CITAÇÕES DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS		NÚMERO DE CITAÇÕES NAS ENTREVISTAS COM GESTORES		NÚMERO DE CITAÇÕES NAS ENTREVISTAS COM USUÁRIOS	
	n	%	n	%	n	%
Acesso à saúde	46	14,7%	11	7,5%	35	21,2%
Gestão Pública	52	16,7%	31	21,1%	21	12,7%
Participação Cidadã	38	12,2%	9	6,1%	29	17,6%
Regionalização	36	11,5%	21	14,3%	15	9,1%
Tecnologia	39	12,5%	32	21,8%	7	4,2%
Atenção em Saúde	64	20,5%	36	24,5%	28	17,0%
Questões sociais e qualidade de vida	37	11,9%	7	4,8%	30	18,2%
TOTAL	312	-	147	-	165	-
Mínimo	36	-	7	-	7	-
Máximo	64	-	36	-	35	-
Média	44,6	-	21,0	-	23,6	-
Desvio Padrão	10,3	-	12,2	-	9,8	-

Fonte: Elaborada pelos Autores (2023).



Gráfico 1. Diagrama de Sankey das categorias empíricas frente aos grupos de entrevistados.

Fonte: Elaborado pelos Autores, 2023.

Categoria: Governança

A partir das entrevistas, foi possível classificar os assuntos relacionados a governança em duas categorias empíricas: Gestão Pública e Participação Cidadã.

Na categoria Gestão Pública, os entrevistados discutiram questões como burocracia, critérios de seleção de gestores, eficiência dos serviços, complexidade organizacional, monitoramento de resultados, planejamento, recursos financeiros e recursos humanos.

Em recursos financeiros, destaca-se a influência do financiamento federal na saúde. A insuficiência de recursos afeta a autonomia dos gestores, prejudicando o planejamento e a tomada de decisões²⁹, especialmente em municípios menores, mais dependentes das transferências financeiras³¹.

A estrutura organizacional complexa da saúde foi citada por múltiplos entrevistados. A heterogeneidade entre municípios brasileiros, devido a diferenças culturais e estruturais, implica em desafios significativos na implementação de políticas de saúde²⁸.

Acerca do planejamento, ressalta-se a crítica de G2 ao sistema eleitoral de quatro anos, que prejudica o planejamento de longo prazo. A fal-

ta de planejamento adequado nas estruturas de saúde é considerada um entrave para a consolidação da governança²⁹, e a falta de uma cultura de planejamento apresenta-se como um obstáculo para a efetividade dos instrumentos disponíveis³². Para uma governança mais inclusiva, é essencial que haja um planejamento integrado que resulte em políticas mais eficientes²⁷.

A segunda categoria empírica relacionada a Governança foi Participação Cidadã, tendo sido abordados os assuntos: colaboração, conselho, frustração com a falta de participação, participação dos usuários, tomada de decisão e transparência.

As discussões sobre a Participação dos Usuários envolvem os esforços para incentivar a participação popular, além da frustração devido à falta de envolvimento e dificuldades de compreensão das políticas públicas. A governança colaborativa envolve comunicação e influência mútua entre governos e partes interessadas, refletindo oportunidades de debates e propostas entre gestores¹³.

Os temas gestão pública e a participação cidadã destacaram desafios e oportunidades para fortalecer a governança na área da saúde, realçando a importância da integração entre atores, valorização da participação dos usuá-

rios e necessidade de processos transparentes. A governança efetiva é vital para qualidade e eficiência nos serviços de saúde, além de melhorar as políticas públicas e bem-estar da população.

Categoria: Governança Regional

Na categoria teórica Governança Regional, destacou-se temas como arranjos institucionais, redes de cidades, regiões formalmente estabelecidas, territorialidade colaborativa e planejamento regional. No estudo empírico, foi associada a categoria Regionalização, abordando atores, barreiras geográficas, diferenças regionais, governança regional, limitações de poder e autonomia, e territórios.

As entrevistas abordam vários aspectos da regionalização da saúde envolvendo atores como conselhos, comissões intergestores regionais (CIRs) e consórcios intermunicipais. Os arranjos de governança do SUS envolvem múltiplos níveis e atores, com participação pública e privada³³. A regionalização do SUS se apresenta como uma resposta política que aborda desigualdades e desafios de saúde e implica mudanças na governança³⁰.

A colaboração entre níveis de governo, a coordenação de recursos e a participação pública e privada são fundamentais. A governança regional do SUS enfrenta desafios que podem ser superados por ações coordenadas, cooperação e comunicação¹³⁻³⁴. Os consórcios intermunicipais têm um papel crucial na gestão regional da saúde, pois são relevantes arranjos territoriais, ligados à gestão regional e ao SUS³⁴.

A governança territorial é vista como uma solução para desafios, envolvendo cooperação e alinhamento entre atores sociais, econômicos e institucionais³⁶. Fronteiras territoriais são desafiadoras devido a desigualdades políticas, de serviços e repasses financeiros entre estados³⁵.

A governança regional é crucial na organização e articulação de serviços de saúde para reduzir desigualdades e melhorar o atendimento, através de arranjos institucionais com diversos atores. Os consórcios intermunicipais são modelos eficazes para abordar lacunas na assistência e no compartilhamento de responsabilidades e podem ser um caminho para os municípios menores alcançarem resultados satisfatórios.

Categoria: Tecnologia da Informação e Comunicação – TIC

Com relação as TIC, a RSL⁸ apresentou elementos como o uso das TIC, inovação, big data, dados abertos e processamento de dados. Na pesquisa empírica o tema foi abordado com maior ênfase pelos gestores, compreendendo os assuntos ferramentas de TIC, gestão de dados, políticas baseadas em evidências e sistemas de saúde.

A política pública baseada em evidências oferece a possibilidade de embasar as decisões em informações precisas, identificando lacunas nos serviços de saúde e garantindo eficácia, eficiência e sustentabilidade³⁷. A integração dos sistemas de saúde por meio de TIC é crucial para as políticas públicas. No SUS, a comunicação e análise de informações ocorrem através de mais de 130 sistemas de informação, porém, a fragmentação e falta de integração destes sistemas podem dificultar a tomada de decisões e a coordenação eficaz¹³⁻¹⁹.

A análise de dados e o uso de sistemas informacionais são cruciais para melhorar a qualidade dos serviços e a tomada de decisões. A substituição de filas reais por filas virtuais e a análise de dados auxiliam os gestores na tomada de decisões, contribuindo para a qualidade dos serviços³⁸.

A implementação de tecnologias disruptivas, como IA e *big data*, promete otimizar a governança da saúde e melhorar os serviços, abrangendo prevenção, diagnóstico, tratamento e gerenciamento de eventos futuros³⁷. A utilização da tecnologia na saúde segue o conceito de saúde inteligente, centrado-se no paciente e habilitando-se por meio de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), incluindo sensores, dispositivos e sistemas, além da análise de *big data*³⁹. Essas abordagens tecnológicas têm o potencial de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e promover um estilo de vida mais saudável.

As TICs desempenham um papel crucial na saúde, especialmente na governança e na gestão de políticas públicas. A adoção de prontuários eletrônicos, sistemas em nuvem, inteligência artificial, *big data* e dispositivos móveis reflete a busca por uma abordagem de saúde inteligente centrada no paciente. No entanto, a inclusão digital e a cultura cívica participativa também são vitais para o sucesso dessas iniciativas. Assim, o uso estratégico das TICs na saúde

pode impulsionar a eficiência, a qualidade e a governança das políticas públicas.

Categoria: Valor público

O valor público trata-se de um processo democrático, com o envolvimento de diversas partes interessadas, através de uma visão de um futuro melhor que gera resultados e visa à melhoria da qualidade de vida e ao bem-estar dos cidadãos^{40,41}. No estudo teórico⁸, foram identificados tópicos como a criação de valor público, a coprodução de serviços e as políticas públicas, a legitimidade democrática e a qualidade de vida. A categoria empírica valor público foi observada a partir dos assuntos atenção em saúde e questões sociais e qualidade de vida.

Em atenção em saúde foram abordados temas como atenção primária, atendimento ao paciente, complexidade da saúde, infraestrutura de saúde, qualidade e humanização do atendimento e o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi mencionado por todos os entrevistados, abrangendo acesso, complexidade, governança, sistemas de TICs para gerenciamento e outros aspectos. O SUS é um sistema que busca organizar a atenção à saúde em várias áreas, incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação⁴². Para U1 a pandemia de Covid-19 expôs fragilidades do SUS, enfatizando as desigualdades socioterritoriais e as suas consequências, especialmente no Brasil, um país periférico com profundas desigualdades⁴³.

A atenção primária em saúde (APS) é um componente essencial da estratégia do SUS, com foco na prevenção. A APS é atribuída aos municípios e deve ser a principal porta de entrada, proporcionando acesso equitativo e melhorando a qualidade de vida³⁸⁻⁴⁴.

Além da atenção primária, a complexidade da saúde foi discutida pelos entrevistados. No que concerne a média e alta complexidade, ainda persistem diferenças regionais, especialmente devido às desigualdades, à falta de recursos, à escassez de mão de obra e aos problemas na regulação²⁶⁻³³⁻⁴⁵.

A qualidade e a humanização do atendimento foram mencionadas pelos entrevistados. A humanização no SUS é um eixo transversal fundamental do sistema, sendo mais eficaz quando implementada a nível local. Humanizar a atenção primária é o ponto inicial para humanizar o atendimento em todo o SUS⁴⁶.

A categoria Atenção em Saúde possui características de valor público, funcionando como

mecanismos geradores de valor tanto na atenção primária quanto na média e alta complexidades. Ainda, os entrevistados destacaram que o valor público está diretamente associado ao atendimento ao paciente, à qualidade e à humanização do sistema.

A última categoria empírica das entrevistas, embora não menos importante, foi denominada Questões Sociais e Qualidade de Vida. Foram discutidos os seguintes temas: assistencialismo, culpa compartilhada e má utilização do sistema, desigualdade social, desinformação, direitos do paciente e justiça social, inclusão de imigrantes, planejamento familiar, políticas públicas em saúde e senso crítico.

O assunto mais evidente da categoria foi Políticas Públicas em Saúde. Para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, as políticas públicas são um conjunto de decisões e ações, que tem por objetivo assegurar os direitos humanos de todos os indivíduos e de sua coletividade, sob princípios como igualdade, universalidade, responsabilidade e acesso à justiça, etc⁴³.

Para U2, houve um avanço significativo nas políticas públicas de saúde com a criação do SUS, na década de 1990, após a Constituição Federal de 1988. No entanto, em relação aos direitos do paciente e à justiça social, ainda há desafios significativos a serem superados. A legislação brasileira garante diversos direitos aos cidadãos e tem contribuído para melhorias no acesso aos serviços públicos, nos avanços nos indicadores de saúde e nas transformações na rede de atenção à saúde⁴⁵.

A desigualdade social é uma questão central na sociedade brasileira e nas políticas públicas, especialmente de saúde, ressaltando a necessidade de respostas eficazes para reduzir desigualdades e promover justiça social¹⁵. A pandemia de Covid-19 evidenciou as necessidades dos mais vulneráveis, ressaltando a importância das políticas públicas para proteção social⁴³.

A judicialização da saúde tem surgido como resposta quando os direitos sociais são negligenciados e os serviços são negados, contudo pode trazer desafios para a governança, incluindo a falta de planejamento e as despesas elevadas³⁰⁻⁴⁷.

O SUS, como política pública, adota a descentralização e a regionalização dos serviços como sua principal estratégia³⁰⁻³³⁻³⁴. Apesar dos desafios, a regionalização se mostrou benéfica para aproximar os serviços de saúde da população e para melhorar as condições de saúde e qualida-

de de vida, gerando valor público em favor dos cidadãos.

A atenção primária em saúde, como porta de entrada eficaz, potencializa ações para melhorar a qualidade de vida³⁸. Fortalecer o SUS, promover políticas eficientes e sustentáveis, acesso universal e equidade são essenciais para criar valor público e melhorar a qualidade de vida da população.

As categorias teóricas e empíricas abordam temas amplos da governança da saúde e políticas públicas. A saúde pública é complexa e desafiadora, exigindo esforços para enfrentar desigualdades, promover qualidade de vida e garantir acesso. Políticas embasadas em evidências, atendendo às necessidades da população, equilibrando prevenção, atenção primária, assistência especializada e gestão eficiente, são essenciais.

Características de governança

A governança pode ser caracterizada como um modo de gerenciar desafios, problemas e questões sociais complexas, por meio da colaboração entre todas as partes interessadas¹⁰. Contudo, a governança não precisa se limitar a um modelo específico, pois cada ambiente apresenta múltiplas variáveis e características que levam as organizações a busca de elementos mais apropriados à sua realidade, levando a um modelo híbrido, que combina diferentes abordagens. Em uma revisão sistemática de literatura, identificaram-se as principais características de governança e os modelos a elas associados⁸. Partindo desta premissa, foi possível elaborar o Quadro 2, em que as características de governança são identificadas na análise das entrevistas, aos modelos de governança da revisão sistemática.

O Quadro 2 apresenta uma importante ferramenta de análise da governança em municípios de pequeno porte. Foi possível verificar que a governança em saúde de São Lourenço do Oeste pode ser associada a várias abordagens, como a governança inteligente, governança baseada em dados, governança urbana, governança urbana inteligente, governança regional e governança tecnocrática. No entanto, ainda faltam algumas características para alcançar uma governança sociotécnica e uma governança centrada no cidadão.

Nas entrevistas, não foi possível identificar que o município tenha adotado alguma abordagem experimental, como bancadas de teste,

laboratórios vivos, laboratórios urbanos ou experimentos urbanos. Essa abordagem é uma característica presente nos modelos de governança centrada no cidadão e sociotécnica. As bancadas de teste e os laboratórios vivos proporcionam uma oportunidade única para a participação dos elementos sociais na experimentação de soluções técnicas, permitindo a interação de diversos atores sociais⁴⁸. Por outro lado, os laboratórios ou os experimentos urbanos busca ativamente a participação dos cidadãos para enfrentar desafios na cidade, promovendo a aprendizagem social¹².

Outras características específicas também não foram observadas nas entrevistas, como o modelo de baixo para cima, presente na governança centrada no cidadão, e a característica de novos arranjos sociotécnicos, pertencente à governança sociotécnica.

O modelo de baixo para cima é caracterizado pela participação dos habitantes, que se envolvem no processo de tomada de decisão e contribuem na formulação de políticas e serviços públicos. O modelo de baixo para cima surge como uma alternativa relevante para os modos contemporâneos de governança¹²⁻³⁹⁻⁴⁸. No caso em estudo, observou-se algum nível de participação cidadã, especialmente por meio do conselho municipal de saúde. No entanto, os próprios usuários entrevistados reconhecem que, muitas vezes, sua participação é apenas figurativa, não apresentando as características de uma colaboração efetiva.

Já a abordagem de novos arranjos sociotécnicos envolve testar tecnologias com a participação de grupos de pessoas antes de implementá-las na sociedade⁴⁸. Apesar das TIC serem utilizadas pela gestão da saúde em São Lourenço do Oeste, não se registrou nenhuma tecnologia que considere diretamente a participação dos cidadãos.

Em São Lourenço do Oeste, as lacunas na governança sociotécnica e centrada no cidadão criam uma oportunidade para avanços na gestão municipal. A adoção de abordagens experimentais e a participação dos cidadãos em arranjos tecnológicos podem centralizar o cidadão na governança, melhorando a tomada de decisões, alinhando políticas públicas à realidade social e elevando a qualidade de vida. Essas medidas são cruciais para impulsionar o progresso e eficácia da governança local.

Quadro 1. Síntese dos principais resultados por categorias selecionados, ilustrado com falas expressivas dos entrevistados, através de exemplos de unidades de contexto.

Categoria teórica	Categoria empírica	Assuntos	Exemplos de unidades de contexto
Ambiente e desafios	Acesso à saúde	- Interesse político - Acesso ao sistema de saúde - Dificuldades de acesso aos serviços de saúde - Fila de espera - Crítica ao sistema de saúde	A política partidária é extremamente negativa, porque tem aquela coisa do cabide de empregos (U1). Existem muitas trocas na gestão. Nesse nosso mandato aqui em São Lourenço, nós estamos com seis anos e meio de gestão e já estamos no sétimo secretário (G1). Porque daí caímos essencialmente no campo da política, as livres nomeações de gestores. Não vamos longe, São Lourenço ficou refém de pessoas com pouco conhecimento no assunto (G2). Há alguns anos você ia consultar e precisava de uma especialidade não tinha, agora você já consegue consultar através da saúde pública (U1). Não sei se é o salário [dos médicos] que talvez não é atrativo, mas alguns vem e ficam um período e mudam (U3). Hoje tem uma fila de 60 pessoas na espera (U2).

continua

Considerações finais

O estudo demonstrou as dinâmicas da governança através de suas características e ferramentas, em um estudo de caso num município de pequeno porte, abrangendo a gestão da saúde. Utilizando entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo foram associadas categorias teóricas e empíricas, demonstrando como a gestão de saúde é desafiadora e pode contribuir para a criar valor público e oferecer qualidade de vida aos cidadãos.

O caso de São Lourenço do Oeste é notável devido a um arranjo institucional de saúde peculiar: a pactuação da saúde entre Santa

Catarina e Paraná, visando fornecer atendimento do SUS em Pato Branco-PR, além do atendimento em Chapecó-SC. Além da pactuação, é importante ressaltar a participação de São Lourenço do Oeste nos consórcios intermunicipais de saúde CONIMS e CIS-AMOSC, que proporcionam benefícios significativos aos seus residentes, permitindo-lhes acessar serviços de saúde de média e alta complexidade por meio dos consórcios.

A governança de saúde em São Lourenço do Oeste abrange várias abordagens, incluindo inteligência, baseada em dados, urbana, regional e tecnocrática. No entanto, para uma governança sociotécnica e centrada no cidadão,

Quadro 1. Síntese dos principais resultados por categorias selecionados, ilustrado com falas expressivas dos entrevistados, através de exemplos de unidades de contexto.

Categoria teórica	Categoria empírica	Assuntos	Exemplos de unidades de contexto
Governança	Gestão pública	- Burocracia - Critérios para selecionar gestores - Eficiência e efetividade dos serviços - Estrutura organizacional complexa - Monitoramento de resultados - Planejamento - Recursos Financeiros - Recursos humanos	A enfermeira graduada perdeu muito o papel de proximidade com o doente e ficou muito vinculada à parte burocrática [de alimentar os sistemas] (G1). Faz uma coligação para ganhar a eleição. Você ganhou e depois tem que designar a Maria, Paula ou Pedro, mesmo sem experiência (U3). Os planos municipais de saúde e as políticas de saúde, tem muitos [atores] que fazem proforma. Eles não elencam metas (G2). No aspecto do planejamento do setor público, o horizonte é de curtíssimo prazo. São quatro anos, sendo que você planeja três [anos] no teu mandato (G2). Temos dificuldade de acompanhar a tecnologia com relação aos gastos (G1). O município está arcando com basicamente 60% de todos os custos da saúde, mesmo aqueles que são responsabilidade federal e estadual (U3).

continua

são necessárias ações adicionais. Avançar com abordagens experimentais e envolver os cidadãos em arranjos tecnológicos podem centralizar o cidadão na governança, melhorando as decisões e as políticas para elevar a qualidade de vida.

Apesar das contribuições, esta pesquisa apresenta limitações, como o estudo de caso único. Diferentes contextos podem influenciar na dinâmica de governança, especialmente em pequenos municípios, que possuem estruturas e relações variadas. Assim, novos estudos com

municípios de pequeno porte podem contribuir para o avanço da compreensão da governança em saúde nas diversas regiões brasileiras.

Quadro 1. Síntese dos principais resultados por categorias selecionados, ilustrado com falas expressivas dos entrevistados, através de exemplos de unidades de contexto.

Categoria teórica	Categoria empírica	Assuntos	Exemplos de unidades de contexto
	Participação cidadã	- Colaboração - Conselho - Frustração com a falta de participação - Participação dos usuários - Tomada de decisão - Transparência	Uma vez que um assunto é aprovado e constado em ata, [o presidente do conselho] emite a resolução pública e passa a valer como uma decisão colegiada (G2). Quando a gente pensa nesses conselhos, e que esses conselhos são meio dedocráticos, porque acabam sendo essas escolhas dessa forma (U2) Tem as conferências municipais (...) e a gente às vezes não consegue entender que pode ser transformador esse espaço (U2). Os conselheiros estão atentos aos problemas do cotidiano. Eles vivem essa realidade e trazem para dentro [do conselho] assuntos de relevância (G2). toda a decisão que a gente toma dentro [do conselho] é feita muito fora da política partidária (U2). Na Audiência pública percebemos que se levantam várias ideias, mas é pouca coisa que se coloca em prática de fato. Então [a contribuição na tomada de decisão] seria meio figurativa (U1). Pelo site da prefeitura você consegue saber em que posição você está na fila isso, porque são dados abertos (G3).

continua

Quadro 1. Síntese dos principais resultados por categorias selecionados, ilustrado com falas expressivas dos entrevistados, através de exemplos de unidades de contexto.

Categoria teórica	Categoria empírica	Assuntos	Exemplos de unidades de contexto
Governança regional	Governança regional	- Atores - Barreiras geográficas - Diferença regional - Governança regional - Limitações de poder e autonomia - Territórios	Santa Catarina enxerga os consórcios como prestador de serviços, enquanto o Paraná enxerga o consórcio com uma entidade de prestadora, mas que é composta dos municípios, e que o consórcio é um ente social também promotor de saúde. (G1) Santa Catarina tem um olhar mais Hospitalocêntrico ainda. Eles são mais de promover saúde por dentro dos hospitais e o Paraná não, [a promoção da saúde se dá] mais pelos municípios e pelas regionais de saúde (G1). Você sabe que uma vez [o atendimento] era só em Chapecó. [Com o atendimento em Pato Branco] a conta diminuiu, [o atendimento ficou] mais pertinho (U3). E note que num consórcio o voto do prefeito do município que tem 90 mil habitantes, tem o mesmo peso do prefeito do município que tem dois mil (G1). há uma divisa [de São Lourenço] com o Paraná aqui, onde o bairro [de Vitorino – PR] possui cerca de 5000 pessoas. A maioria deles [moradores do bairro de Vitorino – PR] são usuários daqui [da rede de saúde], de São Lourenço. (U3).

continua

Quadro 1. Síntese dos principais resultados por categorias selecionados, ilustrado com falas expressivas dos entrevistados, através de exemplos de unidades de contexto.

Categoria teórica	Categoria empírica	Assuntos	Exemplos de unidades de contexto
Tecnologia da Informação e Comunicação – TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação – TIC	- Ferramentas de TIC - Gestão de dados - Política públicas baseada em evidência - Sistemas de saúde	Nós temos vários sistemas, o principal é o IDS saúde. Ele é um sistema que a gente pode considerar quase um ERP (G3). O IDS exporta em Excel e o BI transforma em gráfico, sendo que o pessoal entende melhor, você enxergar um gráfico é muito melhor do que você comparar só números (G3). Os indicadores de identificação da doença, eles apontam para você que a tua população está adoecendo no teu território (G1). É como se cada pessoa da cidade passasse três vezes no ano, pois nós temos 30 mil habitantes [no cadastro da secretaria de saúde], [e tivemos] 90 mil atendimentos, [igual a] três vezes (G3). Temos os grupos de Whatsapp, que são formados com os secretários de saúde de todo o estado (G2).

continua

Quadro 1. Síntese dos principais resultados por categorias selecionados, ilustrado com falas expressivas dos entrevistados, através de exemplos de unidades de contexto.

Categoria teórica	Categoria empírica	Assuntos	Exemplos de unidades de contexto
Valor público	Atenção em saúde	- Atenção primária - Atendimento ao paciente - Complexidade da saúde -Infraestrutura de saúde -Qualidade e humanização do atendimento - Sistema único de saúde - Utilização de planos privados de saúde	às vezes foge da nossa alçada enquanto gestão atenção primária. O modelo SUS, ele é muito claro: aos municípios competem atenção primária (G2). Para o cidadão, a porta de entrada é aquela que estiver aberta (U2). Segue um modelo já pré-estabelecido. Não é uma coisa que o município diz: nós vamos fazer assim ou assim. Ou seja, nós temos um ambiente complexo, mas que é rígido (U3). Eu acho que principalmente a humanização do atendimento. (...) A gente vê aqui algumas demandas dos pacientes, é bem revoltante às vezes (U2). Eu acho que a pandemia veio para mostrar quão ruim estava o SUS no nosso país (U1). Muitas pessoas que estão no conselho são pessoas que não são usuários da política pública. São pessoas que são [usuários] da Unimed. São pessoas que não ficam desde as 5:00 da manhã aguardando a fila lá do postinho para fazer a consulta (U2).

continua

Quadro 1. Síntese dos principais resultados por categorias selecionados, ilustrado com falas expressivas dos entrevistados, através de exemplos de unidades de contexto.

Categoria teórica	Categoria empírica	Assuntos	Exemplos de unidades de contexto
	Questões sociais e qualidade de vida	- Assistencialismo - Culpa compartilhada e má utilização do sistema - Desigualdade social - Desinformação - Direitos do paciente e justiça social - Inclusão de imigrantes - Planejamento familiar - Políticas públicas em saúde - Senso crítico	O paciente não tem caixa d'água, paciente não tem água, paciente tem uma casa que chove dentro, então às vezes quando a gente chega nesse quesito de saúde, a gente precisa garantir um direito constitucional (U2). Se eu denunciar no Ministério Público, eles não me levam mais [no tratamento fora do domicílio]. Nós orientamos: não, isso é um direito. O fato de o usuário ter o medo de ter isso negado, é porque a ameaça existe de alguma forma, ela está ali em algum lugar (U2). Uma dificuldade bem grande, por exemplo, é a inclusão dessas pessoas que vêm de fora [imigrantes]. (...) Então a gente não sabe qual é o direito no SUS. Em que via atende esse paciente? Pode acessar? Como que acessa? O que que ele pode, o que que ele não pode? (U2). O planejamento familiar é um tema delicado. (...) Mas se a gente for para os bairrão, aí você vai encontrar muitas mãezinhas novas, é um choque de realidade. Se tiver oportunidade vai no dia do pré-natal, que você vai ver que existem muitas situações [de mães adolescentes] (G1). Falamos de juntar os profissionais e ir limpar a casa desse Fulano. Vai lá um dia limpa toda a casa, joga fora as coisas do Fulano. Mas a casa está suja no conceito de quem né? (U2).

Fonte: Elaborado pelos Autores (2023).

Quadro 2. Características de governança identificadas na análise das entrevistas.

CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS DE GOVERNANÇA	MODELOS DE GOVERNANÇA							
	GOVERNANÇA INTELIGENTE	GOVERNANÇA CENTRADA NO CIDADÃO	GOVERNANÇA BASEADA EM DADOS	GOVERNANÇA URBANA	GOVERNANÇA URBANA INTELIGENTE	GOVERNANÇA REGIONAL	GOVERNANÇA SOCIOTÉCNICA	GOVERNANÇA TECNOCRÁTICA
Uso das TIC	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Colaboração na tomada de decisão	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	*
Políticas públicas baseadas em evidências	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	*	*	Sim
Inovação	Sim		Sim	Sim	Sim	*	Sim	*
Qualidade de vida	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	*
Criação de valor público, coprodução de serviços e políticas públicas	Sim	Sim	*	*	*	*	Sim	*
Legitimidade Democrática	Sim	*	Sim	Sim	*	*	*	*
Participação das partes interessadas	Sim	*	*	Sim	Sim	Sim	*	*
Abordagem experimental (bancadas de teste, laboratórios vivos, laboratórios urbanos, experimentos urbanos)	*	Não	*	*	*	*	Não	*
Participação e colaboração dos cidadãos	*	Sim	Sim	*	*	*	*	*
Ambiente complexo e em rápida mudança	Sim	*	*	*	*	*	*	*
Arranjos institucionais a nível regional	*	*	*	*	*	Sim	*	*
Big data, dados abertos	*	*	Sim	*		*	*	*
Compartilhamento de poder entre estado, sociedade e mercado	*	*	*	*	Sim	*	*	*
Conjuntos articulados de elementos sociais e técnicos	*	*	*	*	*	*	Sim	*
Desafios e problemas urbanos	*	*	Sim	*	*	*	*	*
Geração, coleta e processamento de dados	*	*	Sim	*	*	*	*	*
Modelo de baixo para cima	*	Não	*	*	*	*	*	*
Novos arranjos sociotécnicos	*	*	*	*	*	*	Não	*
Planejamento regional	*	*	*	*	*	Sim	*	*
Rede de cidades	*	*	*	*	*	Sim	*	*
Região formalmente instituída	*	*	*	*	*	Sim	*	*
Territorialidade colaborativa	*	*	*	*	*	Sim	*	*
Todos os problemas da cidade podem ser mensurados, monitorados	*	*	*	*	*	*	Sim	Sim
ALINHAMENTO AO MODELO**	100%	75%	100%	100%	100%	100%	78%	100%

Fonte: Elaborado pelos Autores (2023).

* Esta característica não foi associada ao modelo de governança a partir da revisão sistemática de literatura⁸.

**Cálculo realizado a partir das características presentes nas entrevistas e no modelo de governança.

Contribuições

JE Linhares trabalhou na concepção, delimitação, análise e interpretação dos dados, bem como a redação do artigo. MJ Santos contribuiu na coleta de dados. GD Santos foi responsável pela revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- Giffinger R, Fertner C, Kramar H, Meijers E, Pichler-Milanović N, Meijers E. Smart cities Ranking of European medium-sized cities. *Cent Reg Sci Vienna UT*. 2007;1–25.
- Repetto P, Sabatini-Marques J, Yigitcanlar T, Sell D, Costa E. The evolution of city-as-a-platform: Smart urban development governance with collective knowledge-based platform urbanism. *Land* 2021; 10(1):1–25.
- Tomor Z, Meijer AJ, Michels A, Geertman S. Smart Governance For Sustainable Cities: Findings from a Systematic Literature Review. *J Urban Technol* 2019; 26(4):3–27.
- Meijer AJ, Bolívar MPR. Governing the smart city: a review of the literature on smart urban governance. *Int Rev Adm Sci* 2016; 82(2):392–408.
- Faraji SJ, Jafari Nozar M, Arash M. The analysis of smart governance scenarios of the urban culture in multicultural cities based on two concepts of “cultural intelligence” and “smart governance”. *GeoJournal* 2021; 86(1):357–377.
- Almeida VAF, Doneda D, Costa EM da. Humane smart cities: The need for governance. *IEEE Internet Comput* 2018; 22(2):91–95.
- Pereira GV, Parycek P, Falco E, Kleinhans R. Smart governance in the context of smart cities: A literature review. *Inf Polity* 2018; 23:143–162.
- Linhares JE, Santos GD. Governança e Cidades Inteligentes: uma revisão do estado da arte utilizando o método Knowledge Development Process-Constructivist (PROKNOW-C). *Rev Bras Planej e Desenvol* 2023; 13(3):574–618.
- Fiani R. Arranjos institucionais e desenvolvimento: o papel da coordenação em estruturas híbridas. In: *Capacidades Estatais e Democracia: Arranjos Institucionais de Políticas Públicas*. Brasília: IPEA; 2014. p. 57–82.
- Nesti G, Graziano PR. The democratic anchorage of governance networks in smart cities: an empirical assessment. *Public Manag Rev* 2020; 22(5):648–667.
- Ooms W, Caniels MCJJ, Roijakkers N, Cobben D. Ecosystems for smart cities: tracing the evolution of governance structures in a dutch smart city initiative. *Int Entrep Manag J* 2020; 16(4):1225–1258.
- Raven R, Sengers F, Spaeth P, Xie L, Cheshmehzangi A, de Jong M. Urban experimentation and institutional arrangements. *Eur Plan Stud* 2019; 27(2):258–281.
- Bretas Junior N, Shimizu HE. *Theoretical reflections on governance in health regions*. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1085–1095.
- Dallabrida VR, Becker DF. Governança Territorial: um primeiro passo na construção de uma proposta teórico-metodológica. *Desenvolv em Questão* 2003; 1(2):73–97.
- Ribeiro PT, Tanaka OY, Denis JL. Regional governance in Brazil's unified health system: A conceptual essay. *Ciêñ Saude Colet* 2017; 22(4):1075–1084.
- Gil-Garcia JR, Helbig N, Ojo A. Being smart: Emerging technologies and innovation in the public sector. *Gov Inf Q* 2014; 31(S1):11–8.
- Ngo HV, Le Q. Smart city: An approach from the view of smart urban governance. *Int J Sustain Constr Eng Technol* 2021; 12(1):314–322.
- Choi J, Lee S, Jamal T. Smart Korea: Governance for smart justice during a global pandemic. *J Sustain Tour* 2021; 29(2–3):540–549.
- Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6a Edição. São Paulo: Atlas; 2018.
- Santa Catarina. São Lourenço do Oeste. Lei Ordinária nº 1166 de 21 de dezembro de 1998. Autoriza o Poder Executivo Municipal a participar do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina - CIS/AMOSC e dá outras providências. *Centro Administrativo Municipal* 1998; 21 dez.
- Herman E, Lessa KM, Kronbauer NB, editores. São Lourenço do Oeste em memórias. São Paulo: CS Eireli EPP; 2018.
- Paraná CIB/SC - Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina. *Deliberação no 103, de 03 de julho de 2008*. [Internet]. Florianópolis; 2008 [acessado 2023 Mar 20]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2008-cib/1200-103-3-jul-pactuacao-entre-santa-catarina-e-parana/file>
- Paraná CIB/PR - Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. *Deliberação no 081, de 31 de julho de 2008*. [Internet]. 2008 [acessado 2023 Mar 20]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/del_2008_081.pdf
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 1.ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
- Silva Junior LA, Leão MBC. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. *Cien e Educ* 2018; 24(3):715–728.
- Silva JFM da, Carvalho BG, Domingos CM. Health governance and the public-private relationship in small municipalities. *Ciêñ Saude Colet* 2018; 23(10): 3179–88.
- Henrichs JA, Meza MLFG de. Governança multinível para o desenvolvimento regional: um estudo de caso do Consórcio Intermunicipal da Fronteira. *urbe Rev Bras Gestão Urbana* 2017; 9(1):124–138.
- Nogueira MSL, Oliveira LC de, Costa LFA da. Regional Intergovernmental Commission as a governance mechanism for health policy in Ceará. *Saude em Debate* 2021; 45(129):263–274.
- Silva RCF da, Dos Santos ERR, Martelli PJ de L, Lorena Sobrinho JE, Souto C da CL. Governance and planning from a regional health perspective. *Physis Rev Saude Colet* 2020; 30(3): 1–22.
- Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Political obstacles to regionalization of the SUS: Perceptions of municipal health secretaries with seat in the bipartite interagency commissions. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1097–1108.
- Martinelli NL, Scatena JHG, de Lima Castro M, Soares NRE, Charbel SC, da Silva Souza NF, Medeiros ARS, Souza DPO. Analysis of the structuring of the Health Care Network in the State of Mato Grosso, Brazil, within the context of Regionalization. *Cien Saude Colet* 2023; 28(2):585–598.

32. Mello GA, Pereira APCDM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. A systematic review of the process of regionalization of Brazil's unified health system, SUS. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1291–310.
33. Lima LD de, De Albuquerque MV, Scatena JHG, De Melo ECP, De Oliveira EXG, Carvalho MS, Pereira AMM, Oliveira RAD, Martinelli NL, Oliveira CF. Regional governance arrangements of the Brazilian unified national health system: Provider diversity and spacial inequality in service provision. *Cad Saude Publica* 2019; 35(Sup 2):1–17.
34. Pereira VO de M, Shimizu HE, Ramos MC, Fagg CW. Regionalização em saúde em Minas Gerais: uma análise da percepção dos representantes de Comissões Intergestores Regionais. *Physis* 2020; 30(1):1–23.
35. Aleluia IRS, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Viana ALD. SUS management in interstate health regions: assessment of the government's capacity. *Cien Saude Colet* 2022; 27(5):1883–94.
36. Dallabrida VR. Governança territorial: a densidade institucional e o capital social no processo de gestão do desenvolvimento territorial. *Semin Int sobre Desenvolv Local* 2006; (1):1–24.
37. Zhou J, Wang Z, Liu Y, Yang J. Research on the influence mechanism and governance mechanism of digital divide for the elderly on wisdom healthcare: The role of artificial intelligence and big data. *Front Public Heal* 2022; 10.
38. Cabral D da S, Nascimento MC do, Miranda TPS, Silva Júnior SI da, Bittercourt F, Silva SA da. Evaluation of healthcare networks by nurses in the Family Health Strategy. *Rev da Esc Enferm da USP* 2020; 54(e03589):1–8.
39. Noori N, Hoppe T, de Jong M. Classifying pathways for smart city development: Comparing design, governance and implementation in Amsterdam, Barcelona, Dubai, and Abu Dhabi. *Sustain* 2020; 12(10).
40. Meijer AJ, Gil-Garcia JR, Bolívar MPR. Smart City Research: Contextual Conditions, Governance Models, and Public Value Assessment. *Soc Sci Comput Rev* 2016; 34(6):647–656.
41. Conteh C, Harding B. Boundary-spanning in public value co-creation through the lens of multilevel governance. *Public Manag Rev* 2023; 25(1):104–128.
42. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema Único de Saúde. [Internet] 2023 [acesado 2023 Abr 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>
43. Diniz DS, Teixeira E dos S, Almeida WGR de, Souza MS de M. Covid-19 e Doenças Negligenciadas ante as desigualdades no Brasil: uma questão de desenvolvimento sustentável. *Saúde em Debate* 2021; 45(Spl.2):43–55.
44. Pinto LF, Giovanella L. The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1903.
45. Lima LD de, Scatena JHG, Albuquerque MV, Oliveira RAD de, Martinelli NL, Pereira AMM. Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2017; 17(1):S121–S133.
46. Granja GF, Zoboli ELCP. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. *O Mundo da Saúde* 2012; 36(3):494–501.
47. Ouverney AM, de Carvalho ALB, Ribeiro JM, Moreira MR. Cooperative federalism, regionalization and the institutional governance profile of regional inter-governmental commissions in brazil. *Cien Saude Colet* 2021; 26(10):4715–4726.
48. Engels F, Wentland A, Pfotenhauer SM. Testing future societies? Developing a framework for test beds and living labs as instruments of innovation governance. *Res Policy* 2019; 48(9):103826.

Artigo apresentado em 23/09/2023

Aprovado em 12/02/2024

Versão final apresentada em 14/02/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva